

TennCare Medicare Seguro público a través de otras fuentes Seguro privado a través del empleador Seguro privado a través de otros medios

Nombre de la cobertura privada _____

N. Teléfono alternativo -- (Opcional)

O. Dirección de correo electrónico: _____ (Opcional)

Nombre y dirección de los médicos, y fechas en que se le ha visto por la discapacidad:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha de última hospitalización: _____ Hospital: _____

Razón: _____

¿Hay otras personas viviendo en el hogar? Sí No Parentesco y cantidad _____

¿Alguna vez ha trabajado por un sueldo o por lucro? Sí No Si sí, ¿cuándo fue la última vez que trabajó?

Indique sus tres últimos empleadores:

<u>Empleador</u>	<u>Dirección</u>	<u>Puesto</u>	<u>Fechas de empleo</u>	<u>Salario semanal</u>	<u>Razón por la que dejó el trabajo</u>

Otra experiencia laboral: _____

Áreas de interés vocacional: _____

Indique a dos personas (que no vivan con usted) que siempre conocerían la dirección de usted:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
(Incluya el código de área)

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
(Incluya el código de área)

Comentarios: _____

Por medio de la presente, solicito recibir los servicios a que pudiera tener derecho, para poder conseguir empleo.

Firma del solicitante: _____ Fecha: --

Firma del padre o tutor (si se requiere): _____ Fecha: _____

Firma del consejero: _____ Fecha: _____